

Experiencia en el manejo de cáncer de colon y recto en pacientes ingresados en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza del ISSSTE durante los años 2003-2006

Experience in the management of colorectal cancer in patients admitted at the General Regional Hospital Ignacio Zaragoza (ISSSTE) from 2003 to 2006

Dra. Araceli Bibiana Pacheco Calderón, Dr. Carlos Torres Silva, Dr. Carlos Rubio Tapia, Dr. Sergio Silva González, Dra. Amanda Castañeda Rodríguez Cabo

Resumen

Objetivo: Mostrar la distribución y localización anatómica del cáncer colorrectal en población derechohabiente de un hospital regional de 2do nivel en un periodo de 4 años.

Sede: Hospital de segundo nivel.

Diseño: Serie de casos.

Análisis estadístico: Porcentajes como medida de resumen para variables cualitativas.

Pacientes y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo de pacientes con carcinoma colorrectal, corroborado con estudio histopatológico, captados en el Servicio de Oncología Quirúrgica y Cirugía General en el periodo de enero de 2003 a diciembre de 2006, teniendo como variables: edad, género, localización anatómica, síntomas, tipo de cirugía, tipo histológico, estadificación clínica.

Resultados: Se captaron 65 pacientes con el diagnóstico de carcinoma colorrectal. En cuanto al género se observó similitud en número de casos. La edad al diagnóstico más frecuente fue entre 61 y 70 años. Localización más frecuente fue el colon ascendente y recto. Tipos de cirugías más frecuentes hemicolectomía derecha y resección abdominoperineal.

Conclusiones: El carcinoma colorrectal, en nuestra institución, se ha presentado con similitud en el porcentaje tanto en hombres como mujeres. La localización más frecuente son el colon ascendente y el recto.

Abstract

Objective: To show the distribution and anatomical localization of colorectal cancer in the population cared for at a second level regional hospital during a 4-year period.

Setting: Second level health care hospital.

Design: Case series.

Statistical analysis: Percentages as summary measurement for qualitative variables.

Patients and methods: We performed a retrospective, observational, transversal, and descriptive study of patients with colorectal cancer, confirmed histopathologically, attending the Surgical Oncology and General Surgery Service of our institution, from January 2003 to December 2006. Analyzed variables were: age, gender, anatomical localization, symptoms, type of surgery, histological type, clinical staging.

Results: Sixty-five patients with colorectal cancer were treated. No differences existed in terms of gender distribution. The most frequent age at the time of diagnosis was between 61 and 70 years. The most frequent location was in the ascending colon and the rectum. Most frequent surgeries were right hemicolectomy and abdominoperineal resection.

Conclusions: Colorectal carcinoma, at our institution, has presented in a similar percentage in women and men. The most frequent location is in the ascending colon and the rectum.

Hospital Regional General Ignacio Zaragoza del ISSSTE

Recibido para publicación: 1 de marzo de 2008

Aceptado para publicación: 30 de septiembre de 2008

Correspondencia: Dra. Araceli Bibiana Pacheco Calderón

Avenida Juan de Dios Bátiz Núm. 515, Edificio D, Departamento 4, Col. San José Ticomán

Gustavo A. Madero D.F. 07340

Palabras clave: Hemicolectomía derecha, resección abdominoperineal, cáncer colorrectal, terapia neoadyuvante.

Cir Gen 2008;30:156-160

Key words: Right hemicolectomy, abdominoperineal resection, colorectal cancer, neoadjuvant therapy.

Cir Gen 2008;30:156-160

Introducción

El carcinoma colorrectal es la afección maligna más común del tubo digestivo. Cada año se diagnostican en Estados Unidos más de 145,000 casos nuevos y mueren 55,000 pacientes por esta enfermedad, lo que determina que el cáncer colorrectal sea el segundo cáncer más letal en ese país. La incidencia es similar en ambos géneros y ha permanecido constante en los últimos 20 años.¹⁻³

En México, de acuerdo a los datos disponibles del último análisis del Registro Histopatológico de Neoplasias en México, el cáncer colorrectal no se encontraba dentro de las diez neoplasias más frecuentes, sólo al analizar de manera específica los tumores malignos del aparato digestivo se encontró que el cáncer colorrectal era la segunda neoplasia más frecuente después del cáncer gástrico.⁴⁻⁶

El cáncer colorrectal representa la cuarta parte de los tumores gastrointestinales. Los estados de la República Mexicana con mayor incidencia de este tipo de cáncer son los estados del norte. La dieta en México tiene algunas variaciones geográficas que explican las diferencias en incidencia del carcinoma colorrectal, el consumo de carnes rojas es más alto en pacientes de un medio socioeconómico alto y más industrializados y, en consecuencia, se tienen mayor número de estos casos.

La incidencia de carcinoma colorrectal aumenta significativamente después de los 50 años de edad. En México, la tasa de mortalidad por carcinoma colorrectal prácticamente se duplica después de los 60 años y se incrementa en los siguientes decenios. Pacientes con predisposición genética o familiar, lo desarrollan a edades más tempranas.^{1,2,4}

La distribución por géneros es similar en ambos, sin embargo, se ha sugerido una mayor frecuencia de cáncer rectal en varones, al parecer relacionada con el mayor consumo de alcohol. Se ha observado mayor tasa de mortalidad en el sexo femenino, secundaria a factores hormonales exógenos o del estilo de vida.¹⁻⁴

La distribución del carcinoma en los diferentes segmentos del colon y recto ha mostrado que en los últimos 50 años ha habido un cambio gradual en la localización de los carcinomas desde el recto y lado izquierdo del colon hacia el lado derecho del mismo; sin embargo, en el Instituto Nacional de Nutrición y Centro Médico de Occidente la distribución predominante es hacia el recto y sigmoides.^{3,4}

En pacientes con el diagnóstico de cáncer colorrectal es importante definir la etapa clínica o estadificación, ya que tiene implicaciones en la práctica clínica para definir conductas terapéuticas y pronóstico y, en investigación, para poder comparar resultados entre diversos tratamientos y en diferentes medios.^{5,6}

Por tanto, el objetivo del presente trabajo es mostrar la distribución por edad y género, etapa clínica y localización anatómica del cáncer colorrectal en población derechohabiente de un Hospital Regional de 2do nivel en un periodo de 4 años.

Pacientes y métodos

Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes con carcinoma colorrectal corroborado con estudio histopatológico tratados en el Servicio de Cirugía General y Oncología en el periodo de enero de 2003 a diciembre de 2006 en el Hospital Regional Ignacio Zaragoza del ISSSTE.

En total fueron 65 casos, de los que se estudiaron las siguientes variables, que se anotaron en hoja de recolección de datos, edad, género, localización anatómica, síntomas más frecuentes de consulta, tipo de cirugía, tipo histológico, estadificación clínica (características de tumor, penetración a pared, número de ganglios y presencia o no de metástasis) y tratamiento adyuvante en pacientes que lo requirieron.

El tratamiento quirúrgico se definió en el momento de la cirugía, realizándose en todos los casos, sin evidencia de enfermedad metastásica, procedimiento radical, tipo hemicolectomía, resección abdominoperineal, resección anterior baja, según la localización anatómica. En el caso de pacientes con metástasis a distancia o enfermedad irresecable se realizó colostomía de derivación.

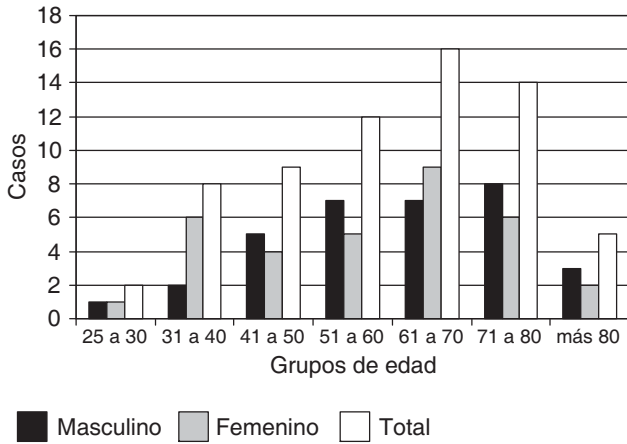
Tratamiento adyuvante con quimioterapia se definió por la presencia de enfermedad metastásica ganglionar regional, siempre que se examinaran, al menos 12 ganglios en el espécimen quirúrgico. También se consideró quimioterapia adyuvante en el caso de tumores que invadieran toda la pared colónica o infiltraran estructuras adyacentes aún sin metástasis ganglionares.

Resultados

Del periodo de enero de 2003 a diciembre de 2006 se detectaron 65 casos de pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal. De éstos, 33 (50.7%) fueron hombres y 32 (49.2%) mujeres y las edades oscilaron entre los 25 y 83 años.

La edad más frecuente de presentación fue en el grupo de 61-70 años de edad (**Figura 1**).

La localización anatómica más frecuente de presentación en los pacientes estudiados predominó en el colon ascendente con 25 casos (38.46%), de los cuales, en las mujeres, correspondió a 10 casos (15.38%) y, en los hombres, a 15 casos (23%). En el recto, correspondió igualmente a 25 casos (38.46%), en mujeres a 14 casos (21.5%) y en hombres a 11 casos (16.9%). Siguiendo el porcentaje de presentación, se



Fuente: Estadística HRGIZ 2003-2006.

Fig. 1. Grupos de edad con diagnóstico de cáncer colorrectal por género.

encontró al colon descendente con siete casos (10.7%); en mujeres con 6 casos (9.2%) y en hombres con un caso (1.5%). Colon sigmoides con 4 casos en hombres (6.15%) y en mujeres con 0 casos. A nivel de colon transverso 4 casos (6.15%), de los cuales, dos correspondieron a mujeres y dos a hombres (3%) (Figura 2).

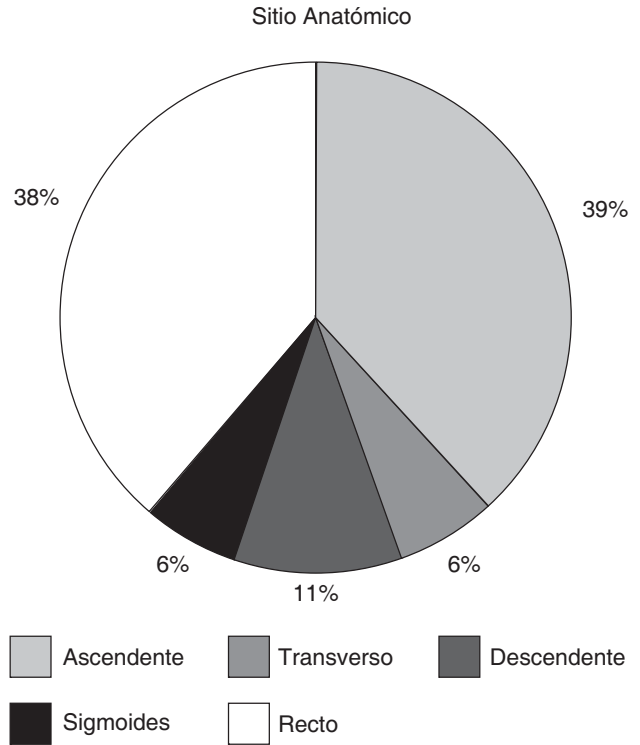
Los síntomas más frecuentes de motivo de consulta que orientaron a iniciar el protocolo y llegar al diagnóstico fueron rectorragia (32%), pérdida de peso (27%), oclusión (30%), dolor abdominal (11%).

El tipo de cirugía más frecuentemente realizado, de acuerdo a la localización anatómica del carcinoma colorrectal en el periodo de estudio fue: hemicolectomía derecha en 25 casos (38.4%), de los cuales, 15 correspondieron a hombres (23%) y 10 a mujeres (15.3%). Se realizó hemicolectomía izquierda en 6 casos (9.2%), correspondiendo a mujeres cinco casos (7.6%) y un caso (1.5%) a hombres. Resección anterior baja en 20 casos (30.7%) y resección abdominoperineal en 8 casos, debido a que la localización fue en el tercio inferior del recto (12.3%), se realizó laparotomía con manejo sólo de tipo derivativo (colostomía) en tres casos por irreseccabilidad (4.6%) y resección de colon transverso con coloanastomosis en tres casos (4.6%).

Cabe mencionar que de las intervenciones de resección anterior baja, 17 de los casos correspondieron a cáncer de recto localizado en tercio superior y medio (26.1%) y las 3 restantes por cáncer localizado en sigmoides.^{4,6}

En 99.8% de los casos, las tumoraciones correspondieron a adenocarcinomas, los cuales, según la estadificación de acuerdo a la clasificación de Dukes modificada por Astler-Coller, fue: estadio B1 con 9 casos (13.8%), estadio B2 con 29 casos (44.6%), estadio C1 con 6 casos (9.2%), estadio C2 con 21 casos (32.3%).

El tratamiento coadyuvante se ofreció a pacientes en estadio C1 y C2, cuyo número de casos correspon-



Fuente: Estadística HRGIZ 2003-2006.

Fig. 2. Localización anatómica del cáncer colorrectal.

dió a 27 pacientes (41.5%), el esquema que se ofreció fue a base de 5-fluoracilo, el cual se aplicó a partir del primer mes posterior a la cirugía, durante seis sesiones mensuales de cinco días cada una.

De los pacientes que requirieron radioterapia corresponde a los pacientes sometidos a cirugía abdominoperineal por cáncer de recto inferior, por debajo de 7 cm del margen anal, cuyo esquema fue combinado con quimioterapia con seis ciclos de 5-fluoracilo. En la unidad hospitalaria no se cuenta con radioterapia, aquellos pacientes que la requirieron fueron enviados a sesiones a CMN "20 de Noviembre". No contamos con ultrasonido endorrectal, lo que imposibilita realizar estadaje y manejar a los pacientes con radioterapia preoperatoria como en otras unidades hospitalarias.

El seguimiento postoperatorio se llevó a cabo en la consulta externa con citas trimestrales durante el primer año, solicitando en cada caso antígeno carcinoembrionario y USG de hígado en busca de metástasis en el 100% de los pacientes. Es importante señalar que no se presentaron defunciones a consecuencia del procedimiento quirúrgico o por complicaciones postoperatorias.

La sobrevida al año de la cirugía se estimó en un 98% y en los restantes no fue posible evaluarlos, debido al abandono del tratamiento que impidió no contar con sus registros; sin embargo a los 4 años que se inició el estudio continuamos con control a través de la consulta externa y expedientes clínicos.

Discusión

Este trabajo muestra que el cáncer colorrectal atendido en el Hospital Regional General "Ignacio Zaragoza", en el periodo citado de 4 años de estudio, presenta una estadística similar para ambos géneros, con diferencia de sólo un caso entre cada género. Una investigación hecha en este mismo hospital, hace 7 años, indicaba que el porcentaje de presentación en el género masculino era mayor en un 35% al del género femenino (Acosta 1999). En este estudio reportamos que el porcentaje de presentación se ha igualado actualmente en cuanto al género. Posiblemente, debido a que en la actualidad los métodos diagnósticos nos apoyan más para una adecuada localización y a que también las mujeres se encuentran expuestas de igual manera que los hombres en la actualidad.¹⁻⁶

En cuanto al grupo de edad, reportamos que el de mayor porcentaje de presentación de casos es entre los 61 y 70 años, siendo que en la literatura se encuentra documentado que la edad más frecuente es en la sexta década de la vida, originando estadísticamente diferencias respecto a los establecido en otras series, como en el estudio realizado en el INCMNSZ reportado en el 2000.⁴⁻¹⁰

Referente a la localización del tumor, el estudio demuestra que, a comparación de publicaciones similares en otras instituciones, como el Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán y el Centro Médico de Occidente, en nuestro hospital la presentación de cáncer en colon ascendente se ha igualado con el número de casos de carcinoma rectal, siendo que en otros estudios la localización anatómica más frecuente es en el colon descendente.¹⁻⁵

La histología correspondiente al grupo en estudio representa el 99.8% para el adenocarcinoma, lo cual coincide con los reportes de la bibliografía internacional y el registro histopatológico de neoplasias malignas de 2004, que citan al adenocarcinoma como la variante histológica más frecuente en esta porción de aparato digestivo.⁴⁻⁶

Es trascendental hacer hincapié que los estadios en que se encontraron a nuestros pacientes en el momento de la laparotomía son más avanzados en comparación a los estadios hallados en otras naciones desarrolladas, como Estados Unidos y Japón, lo anterior hace que el carcinoma colorrectal continúe presentando altas tasas de morbi-mortalidad en nuestro medio, convirtiéndolo en el segundo padecimiento oncológico gastrointestinal.¹⁻⁵

La selección del procedimiento quirúrgico, realizado en cada caso, se basó en la localización y el estadio de la tumoración, así como en los hallazgos encontrados durante la laparotomía.

De esta manera cada procedimiento fue planeado y llevado a cabo tomando en cuenta las normas e indicaciones establecidas en las instituciones de salud.⁶⁻¹³

El tratamiento coadyuvante utilizado fue la quimioterapia en 27 de los pacientes, quienes pertenecían a la estadificación C1 y C2 en adelante, Se administró la combinación de 5-fluoracilo con leucovorina a las do-

sis estandarizadas. Este régimen reduce el riesgo de recurrencias del cáncer colorrectal como ha sido ampliamente demostrado en múltiples estudios; sin embargo, por el tiempo de seguimiento de nuestros pacientes no nos es posible evaluar en grado importante en nuestra población muestra, en este momento, la supervivencia libre de enfermedad y global con base en los resultados observados 3 años después de la intervención quirúrgica.³⁻⁷

En nuestro medio hospitalario, la quimioterapia se administra en seis sesiones mensuales de cinco días cada una de ellas a partir del primer mes de la cirugía con 5-fluoracilo y leucovorina, lo cual es un régimen estándar a nivel mundial.³⁻⁵

Con el presente estudio demostramos que no hay una variante importante en cuanto al género en la presentación del carcinoma colorrectal, siendo estadísticamente similar en ambos en esta unidad hospitalaria.

La edad de presentación de esta patología también nos alerta y nos hace enfocar nuestra atención hacia edades más tempranas anteriormente con riesgo mínimo, comprendiendo al mismo tiempo los cambios biológicos de esta enfermedad, que originan modificaciones en su evolución natural creando nuevos grupos de riesgo.

Referencias

- Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Murray T, Thun MJ. Cancer statistics, 2008. *CA Cancer J Clin.* 2008; 58: 71-96.
- Nur U, Racht B, Parmar MK, Sydes MR, Cooper N, Lepage C, Northover JM, James R, Coleman MP, AXIS collaborators. No socioeconomic inequalities in colorectal cancer survival within a randomised clinical trial. *Br J Cancer.* 2008; 99: 1923-8.
- Lian M, Schootman M, Yun S. Geographic variation and effect of area-level poverty rate on colorectal cancer screening. *BMC Public Health.* 2008; 8: 358.
- Liang SY, Phillips KA, Nagamine M, Ladabaum U, Haas JS. Rates and predictors of colorectal cancer screening. *Prev Chronic Dis.* 2006; 3: A117.
- Márquez-Villalobos FO, Ambriz-González G, Romo-Sandoval HV, Velázquez-Ramírez GA, Alvarez-Villaseñor AS, González-Ojeda A. Clinical predictors of staging in colorectal cancer. *Cir Cir.* 2008; 76: 305-9.
- Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas. *Compendio mortalidad y morbilidad 2004.* Secretaría de Salud. 2004: 26-28.
- Luna PP, Rodríguez-Ramírez S, Vega J, Sandoval E, Labastida S. Morbidity and mortality following abdominoperineal resection for low rectal adenocarcinoma. *Rev Invest Clin* 2001; 53: 388-95.
- Luna PP. Tratamiento multidisciplinario para cáncer del recto: ¿evolución o estatismo? *Cir Ciruj* 2005; 73: 249-250.
- Krook JE, Moertel CG, Gunderson LL, Wieand HS, Collins RT, Beart RW, et al. Effective surgical adjuvant therapy for high risk rectal carcinoma. *N Engl J Med* 1991; 324: 709-715.
- Bosset JF, Mantion G, Lorchel F, Magnin V, Pelissier BP, Gerard JP, et al. Adjuvant and neoadjuvant radiation therapy for rectal cancer. *Semin Oncol* 2000; 27: 60-65.
- Kang H, O'Connell JB, Maggard MA, Sack J, Ko CY. A 10-year outcomes evaluation of mucinous and signet-ring cell

- carcinoma of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 1161-1168.
12. Boulin M, Lejeune C, Le Teuff G, Bioquet C, Bouvier AM, Bedenne L, et al. Patterns of surveillance practices after curative surgery for colorectal cancer in a French population. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 1890-1899.
 13. Arch FJ, Barreto AJC, Takahashi MT, Garcia OSM, Leon RE. Tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal. Experiencia de 10 años en el INCMNSZ. *Rev Gastroenterol Mex* 2001; 64: 187-192.
 14. American Cancer Society. *Cancer facts*. New York. Surveillance Research. 2004. No 5008.04.
 15. Duran-Ramos O, González-Ojeda A, Cisneros-López EJ, Hermosillo-Sandoval JM. Experiencia en el manejo del cáncer colorrectal en el Centro Médico Nacional de Occidente. *Cir Gen* 2000; 22: 153-158.
 16. Tovar-Guzmán V, Flores-Aldana M, Salmerón-Castro J, Lazcano-Ponce EC. Epidemiologic panorama of colorectal cancer in Mexico, 1980-1993. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 225-231.
 17. Okamoto M, Yamaji Y, Kato Y. Clinical importance of flat type early colorectal adenocarcinoma: relationship between age, location, and shape of early colorectal carcinoma. *Gastroenterology* 2000; 118: A266.
 18. Obrand DI, Gordon PH. Continued change in the distribution of colorectal carcinoma. *Br J Surg* 1998; 85: 246-248.